Année 1915 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

45

THÈSE

POUR

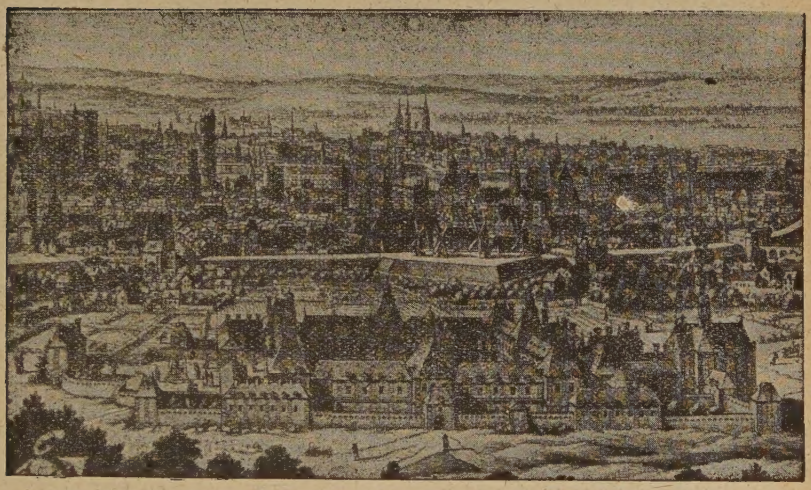
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel WISNER

Né à Nantes, le 4 février 1889

Médecin auxiliaire



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHLÉBITE TYPHOIDIQUE

Formes septicémiques — Formes frustes

Président : M. E. GAUCHER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, Éditeurs

15, Rue Racine (VIe)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY G LBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DÉJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	PO ZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

Au Docteur G. MAZIOL

En témoignage de sincère et affectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur E. GAUCHER

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin principal
Médecin chef de l'Hôpital Saint-Martin

Il a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse, nous lui présentons ici l'hommage de nos sentiments respectueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHLÉBITE TYPHOIDIQUE

Formes septicémiques — Formes frustes

AVANT-PROPOS

Quelques mois avant la déclaration de guerre, nous avions entrepris des recherches sur divers points de la physiologie des glandes endocrines sous la direction de M. P.-E. Weil, médecin des hôpitaux.

Nous nous proposions de faire de ce travail l'objet de notre thèse inaugurale.

Mais, nos études, par suite des circonstances que nous traversons, demeurent incomplètes. Les maîtres qui nous guidaient sont, la plupart, aux armées, aussi devons nous réserver, pour une date ultérieure, la publication de notre travail.

M. le Dr Aubertin a bien voulu nous accueillir dans le service de contagieux qu'il dirige à l'hôpital Claude-Bernard, il a facilité notre accès auprès des malades. Nous lui adressons ici, avec l'expression de notre respectueux dévouement, le témoignage de notre sincère gratitude. Notre camarade Chabanier,

qui remplit depuis plusieurs mois les fonctions d'interne dans le service du Dr Aubertin, a bien voulu nous aider à recueillir les observations illustrant cette thèse. Nous l'en remercions affectueusement.

INTRODUCTION

Pendant l'automne et l'hiver 1914-1915, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service que dirige à l'hôpital Claude-Bernard, M. le Dr Aubertin, médecin des hôpitaux, aide-major de 2e classe, un certain nombre de malades atteints de la fièvre typhoïde. C'étaient des soldats venant, la plupart, du front, de la région de Reims ou de Soissons. Ils arrivaient dans un état souvent grave et le nombre des formes sévères fut particulièrement grand chez eux.

Parmi les diverses complications que nous observâmes, les phlébites nous semblèrent spécialement fréquentes, plus que ne le signalent les écrits classiques sur la question.

Les formes anormales, formes septicémiques, formes frustes, survinrent dans une proportion égale à celle de la forme normale.

Frappé par ce fait, nous nous sommes proposé, sur le conseil du Dr Aubertin, d'étudier les formes atypiques de la phlébite typhoïdique. Nous rappellerons auparavant, en quelques lignes, le tableau de la forme classique.

Le plan de notre étude sera donc le suivant :

Chapitre premier. — Phlébite classique. *Phlegmatia alba dolens. Phlegmatia cerulea.*

Chapitre II. — Phlébite septicémique. Phlébites multiples. Formes compliquées d'endocardite.

Chapitre III. — Phlébites frustes. Phlébites emboliques.

CHAPITRE PREMIER

PHLÉBITE CLASSIQUE. — PHLEGMATIA ALBA DOLENS. — PHLEGMATIA CERULEA

L'étude de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde date de Cruveilhier et de Bouillaud; ce dernier, encore interne, publie en 1823 la première observation de phlébite typhoïdique.

En 1837, Chomel insiste sur l'œdème des extrémités inférieures au cours de la dothiénentérie.

En 1845, Bouchut relate l'observation d'un typhique mort le soixante-quatrième jour de la maladie, après avoir éprouvé pendant trois jours de vives souffrances dans les jambes et dans les mollets. Cette douleur dont l'apparition fut bientôt suivie de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, reconnaissait pour cause une « oblitération des veines profondes de la jambe s'élevant de chaque côté jusqu'à la partie moyenne des crurales ».

L'année suivante, Trousseau s'occupe à diverses reprises de la phlébite dans la dothiénentérie.

Il insiste principalement sur la rareté de cette complication.

En 1857, Wirchow rapporte deux observations de phlébite typhoïdique accompagnée d'embolie.

Dès lors, les travaux se multiplient: ce sont successivement ceux de Leudet en 1858, de Werner en 1860, de Gigon (d'Angoulême), de Léon Sorbets.

Bientôt le nombre des faits est assez considérable pour permettre à Bucquoy de considérer dans sa thèse d'agrégation la phlébite typhoïdique comme d'observation courante (1863).

Betke, en 1870, signale 24 cas de phlébite survenue au cours ou dans la convalescence de la dothiénentérie.

Murchinson en 1873 cite 17 nouvelles observations auxquelles on peut joindre celles de Collin, Martineau, Girardot. Dumontpallier, Charles Leroux, Chouppe, Widal, Veillard, d'Albuquerque-Cavalcanti et Cazauviehl.

Ces nombreux documents permirent de dégager le tableau clinique de la phlébite typhoïdique que nous allons résumer en peu de mots.

Nous nous attacherons surtout à en fixer les traits principaux, puis nous aborderons la description de certaines formes dont l'étude, a été négligée jusqu'alors, ou bien n'est que depuis peu à l'ordre du jour.

Ces formes fourniront la matière du second et du troisième chapitre de cette thèse. Mais auparavant, il nous semble utile de donner trois observations de phlegmatia classique. Nous les avons relevées au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue chez des militaires, en traitement à l'hôpital Claude Bernard pendant l'automne et l'hiver 1914-1915.

OBSERVATION I (Personnelle)

T... Pierre, trente et un ans, fantassin, entré à l'hôpital Claude-Bernard le 28 novembre 1914. Le début de la maladie remonte à environ dix à douze jours avant l'entrée à l'hôpital. Le malade a éprouvé d'abord une sensation de fatigue vague avec légère céphalée. A deux reprises, il eut des épistaxis. D'abord constipé, il ne tarda pas à présenter une diarrhée abondante.

A son entrée à l'hôpital, on trouve chez lui tous les signes classiques de la dothiénentérie : tuphos intense, taches lenticulaires, grosse rate (diamètre antéro-postérieur 16 cmc.), diarrhée fétide et abondante, douleur dans la fosse iliaque droite avec gargouillements.

Dans les deux poumons existent des sibilances diffuses.

La température est à 40 degrés. Le pouls à 64.

L'évolution de la maladie se poursuit favorablement, la température baisse rapidement. Quatre jours après son entrée, elle est de 38 degrés, six jours après, elle est à 37 degrés. Les différents symptômes régressent rapidement, la diarrhée diminue et bientôt disparaît.

Seul le tuphos persiste, alors que le malade semble déjà entré en convalescence.

La courbe thermique reste à 37 degrés pendant dix jours.

Le premier jour, le malade se plaint d'un point de côté assez violent dans la région mamelonnaire du côté droit.

L'examen du poumon ne montre cependant à ce niveau aucune modification apparente de l'état physique. On applique au point douloureux des ventouses scarifiées, on donne de l'aspirine à l'intérieur.

Le lendemain, le point de côté est toujours aussi intense, le malade est dyspnéique. L'examen du poumon est cependant toujours négatif.

Le troisième jour, le point de côté persiste. Le soir la température atteint 37°8. Le lendemain soir elle atteint 37°7, les jours suivants, elle monte le soir à 37°7 puis à 38 degrés, et le sixième jour après le début du point de côté, elle fait une ascension vespérale à 38°8.

Le point de côté qui avait commencé à diminuer d'intensité les jours précédents est alors complètement disparu.

La température oscille pendant six jours entre 38 et 39 degrés sans que l'examen des différents viscères ne révèle rien de particulier et l'on pense être en présence d'une rechute thermique simple.

Le septième jour, la température descend à 37 degrés où elle va désormais se maintenir pendant tout le reste de l'évolution. Ce même jour, le malade se plaint d'une vive douleur au niveau de la partie interne du mollet gauche.

L'examen ne révèle à ce moment rien de particulier, le lendemain il en est de même. Ce n'est que le surlendemain que l'on trouve dans la région malléolaire interne gauche de l'empâtement douloureux qui remonte jusqu'à la partie inférieure du mollet.

Les jours suivants, l'œdème gagne le mollet, puis la cuisse ;

le membre inférieur gauche présente alors l'aspect classique de la phlegmatia alba dolens. Le membre est œdématié, d'apparence blafarde ; la pression du doigt y détermine un godet.

L'examen des différents viscères ne montre alors rien de particulier, le point de côté thoracique a complètement disparu.

Le cœur ne présente rien d'anormal, le pouls est régulier, à 108 pulsations par minute.

La phlébite demeure stationnaire pendant dix-huit jours au cours desquels on n'observe toujours rien de particulier du côté des viscères.

Le membre inférieur gauche est maintenu dans une gouttière.

La phlébite régresse très lentement et ce n'est qu'au bout d'environ douze jours que l'œdème est complètement disparu, ne laissant comme séquelles qu'un degré assez marqué d'atrophie musculaire avec un peu d'hydarthrose.

Les lésions musculaires et articulaires se réparèrent elles-mêmes progressivement, et un mois et demi après le début de la phlébite, le malade pouvait commencer à se lever.

OBSERVATION II (Personnelle)

L. T..., vingt et un ans, cavalier au 3e dragons, entre à l'hôpital Claude-Bernard le 4 octobre 1914.

Le début de la maladie est difficile à préciser : environ quinze jours avant son entrée à l'hôpital, le malade eut une diarrhée abondante avec un peu de sang dans les selles. Évacué

dans un hôpital de campagne, on diagnostique « diarrhée des tranchées » ; au bout de quelques jours, la diarrhée diminua, les selles ne furent plus sanglantes, mais l'état général s'altéra progressivement : céphalée assez intense, épistaxis, fatigue avec insomnie.

La température s'élevait progressivement pour atteindre 40 degrés, des taches rosées apparaissaient. Le malade fut alors évacué sur l'hôpital Claude-Bernard.

A son entrée, il présente tous les signes classiques de dothiénentérie.

L'intensité du tuphos, les caractères du pouls, assez inégal et rapide (110 pulsations à la minute), font redouter une forme grave.

La température est à 40 degrés.

Le lendemain, l'état général est plus altéré : agitation, délire avec hallucinations guerrières. Le pouls est à 130, régulier et faible. L'examen du cœur ne montre pas de signes évidents de dilatation cardiaque. La diarrhée est abondante, l'abdomen ballonné. La respiration est assez dyspnéique.

Ces phénomènes toxiques et myocarditiques persistent pendant quelques jours pendant lesquels il est fait au malade des injections d'huile camphrée et de spartéine à hautes doses. Au bout de six jours environ la dyspnée et la cyanose diminuent, le pouls devient moins rapide (95-100).

Dès lors, la typhoïde suivit une évolution favorable. Douze jours après son entrée à l'hôpital la température commençait à décroître et atteignait 37 degrés en une semaine environ.

La température se maintint à 37 degrés pendant douze jours

durant lesquels le malade fut progressivement alimenté.

Bientôt il fut possible d'essayer de le lever.

Le premier jour où le malade put quitter son lit, il éprouva une vive douleur dans le membre inférieur gauche, dans le territoire du fémoro-cutané. En même temps, il ressentit des phénomènes angineux : douleur et angoisse précordiale et la température monta brusquement à 38°7.

Les jours suivants la température se maintint entre 38 et 39 degrés, tandis que persistait la douleur crurale.

Le quatrième jour la température commence à baisser et à ce moment on observe dans le creux poplité un empâtement douloureux qui remonte sur la cuisse d'une part et descend sur le mollet de l'autre.

Bientôt l'œdème atteignait le pli de l'aine, la phlébite était constituée avec les caractères classiques de la phlegmatia alba dolens.

La complication veineuse demeura stationnaire pendant environ vingt jours, au bout desquels l'œdème disparut, ne laissant qu'une très légère atrophie musculaire.

OBSERVATION III (Personnelle)

Pern... Eugène, vingt-huit ans, train des équipages, entre à l'hôpital le 3 octobre 1914.

Le début de la maladie remonte à environ quinze jours avant son arrivée.

Le malade commença par avoir de la diarrhée, en même

temps la température montait rapidement et atteignait 40 degrés où elle s'est maintenue depuis.

Lors de son entrée, le malade présente tous les signes habituels de la dothiénentérie. Le tuphos et la céphalée sont cependant à peine marqués. La rate est grosse. La diarrhée abondante et fétide. La température est à 39°9, le pouls à 80, dicrote.

L'examen du malade montre l'existence de deux gros abcès siégeant l'un dans la fosse ischio-rectale droite, l'autre à la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse gauche. Ces deux abcès sont aussitôt incisés et donnent issue à des gaz fétides et à un pus noirâtre, mal lié.

Le lendemain le malade se plaint d'une douleur sur la face antérieure de la cuisse droite. L'examen ne montre pas de modifications locales.

Deux jours après, la douleur persiste encore et la cuisse présente une augmentation de volume nette. A la palpation, le membre donne une sensation d'empâtement profond et les veines superficielles dilatées et thrombosées donnent l'aspect décrit par les classiques dans la phlegmatia cerulea.

Trois jours après, la température commence à décroître, et au bout de cinq jours atteint 37 degrés.

Dès lors, la tuméfaction de la cuisse droite va persister pendant une dizaine de jours, au bout desquels elle commence à diminuer pour disparaître complètement environ vingt-cinq jours après son début.

L'évolution favorable de la fièvre typhoïde ne fut pas modifiée par cette phlébite. Est retourné au front, parfaitement guéri.

Ces trois observations présentent un certain intérêt. Elles nous offrent un tableau en quelque sorte schématique de l'évolution de la phlébite typhoïdique banale.

C'est en nous appuyant sur ces données, que nous allons résumer la description de la phlegmatia dans la dothiénentérie.

Date d'apparition. — La phlébite typhoïdique apparaît le plus souvent pendant la convalescence, alors que la température est déjà revenue à la normale.

Dans l'observation I, sa première manifestation se produisit vers le trente-quatrième au trente-sixième jour ; dans l'observation II vers le quarantième jour de la typhoïde.

Dans le cas n° 1, l'apyrexie existait depuis treize jours, dans le second cas depuis douze jours. Pour Carnot, on serait à l'abri de cette complication dès que les dix ou quinze jours qui suivent l'apyrexie complète se sont écoulés.

Exceptionnellement, la phlébite peut survenir au cours de la période d'état : c'est le cas d'un malade de Muxart, le même fait est signalé dans notre observation III.

Plus rarement encore, la phlébite peut débuter avant tout autre symptôme d'infection typhique : les autres signes de dothiénentérie se présentent en même temps que s'installe la réaction veineuse.

Nous donnons plus loin un exemple de cette éventualité qui ne nous semble pas avoir de précédent

dans la littérature médicale et qui mérite de s'intituler : *phlébo-typhus.*

Siège. — La phlegmatia typhique a une prédilection marquée pour le membre inférieur gauche.

Elle siège habituellement sur la crurale, moins souvent sur la saphène interne ou la poplitée. Dans sa thèse, Betke énumère 24 cas ainsi répartis : dix-huit fois la crurale est touchée (quatre fois à droite, douze fois à gauche : 2 cas de phlébite double), cinq fois c'est la saphène (quatre fois à gauche, une fois à droite), une seule fois il s'agit d'une thrombose de la poplitée. Sur 17 cas cités par Murchinson, quatorze fois l'infection se localise à la jambe gauche, une fois à la droite, deux fois elle est double.

Enfin Veillard résume ainsi les 71 cas connus en 1881, date à laquelle parut son travail : quarante-six fois phlébite de la jambe gauche, quinze fois de la jambe droite, dix fois les deux membres abdominaux sont pris en même temps.

Les autres parties du système veineux peuvent d'ailleurs être atteintes isolément ou simultanément. Citons comme preuves :

1° L'observation d'un cas de thrombose de la veine innominée gauche vu par Thomas Cole, médecin de l'hôpital du Royaume-Uni à Londres ;

2° Celle de Widal concernant les veines spermatiques ;

3° Celle de Chouppe où apparaissent ensemble deux phlébites, l'une de la veine axillaire, l'autre de la veine crurale droites ;

4° Enfin celle de Bouchard où les quatre membres sont pris presque simultanément.

Du reste, nous nous proposons de revenir plus loin sur ces *phlébites multiples* qui nous semblent mériter une description plus approfondie.

SYMPTOMATOLOGIE DE LA PHLÉBITE TYPHIQUE

La phlegmatia au cours de la typhoïde peut débuter de manière assez différente. Rarement son début est insidieux, l'œdème seul attirant l'attention sur la possibilité d'une complication veineuse.

Vaquez a signalé le début par embolie au cours de la phlegmatia puerpérale.

Notre observation I, où la phlébite fut précédée par l'apparition d'un point de côté intense, nous semble rentrer dans cette catégorie.

Dans la règle, le début n'est pas brusque, à proprement parler.

Il est nettement individualisé par un ensemble de signes locaux et généraux :

Élévation brusque de la température, frissons, douleur locale.

L'élévation de la température est d'ordinaire subite, mais le plus souvent de courte durée.

Pourtant, dans notre observation I, elle oscille entre 38 et 39 degrés pendant sept jours et dans l'observation II, pendant quatre jours.

L'ascension thermique est accompagnée habituellement d'un frisson ou de frissonnements.

Widal insiste sur l'importance de ce phénomène ; il est, malgré tout, inconstant et manquait chez nos malades.

Enfin localement, on peut déceler la *douleur* qui s'est montrée constante dans nos observations.

Elle peut apparaître alors que la température est encore élevée (obs. III) ; parfois elle ne survient que lors du retour à la normale de la température (obs. I et II).

Plus ou moins rapidement, se développe l'*œdème* : la phlébite est alors constituée.

Le point où l'œdème débute est variable ; tantôt c'est par l'extrémité du membre, tantôt par sa racine ; d'ordinaire il se généralise, d'autre fois, il reste localisé (obs. III).

L'œdème présente les caractères classiques décrits dans la phlegmatia puerpérale : œdème dur, douloureux, blafard. Les téguments revêtent quelquefois une teinte cyanotique due à une exagération de la circulation superficielle supplémentaire ou à une atteinte propre de ces mêmes veines superficielles.

Il s'agit là de « phlegmatia cérulea » considérée comme d'un pronostic fâcheux par Trousseau et dont il n'existe pourtant pas à notre connaissance de cas à terminaison fatale dans la littérature médicale.

La jambe est en rotation externe et demi flexion (Troisier), et immobile.

Ainsi que le fait remarquer Trousseau, tout mouvement du membre atteint est difficile ou même impossible, comme s'il y avait paralysie des muscles.

L'examen du membre œdématié doit être pratiqué avec prudence : une embolie pourrait être la conséquence d'une palpation sans ménagements.

Cette palpation mettra en évidence la sensibilité de la veine thrombosée ou même permettra de la percevoir comme un cordon dur ; mais nous ne saurions trop le répéter : cette investigation doit être prudente. Il vaut mieux ne pas sentir la veine que de risquer une exploration pouvant entraîner une complication fatale au malade.

Signalons enfin l'hydarthrose (obs. I) décrite par Letulle, en 1878, et les troubles sensitifs.

Évolution. — La phlegmatia typhoïdique une fois constituée va rester stationnaire pendant plus ou moins longtemps ; puis, elle va peu à peu évoluer vers la guérison : l'œdème diminue, disparaît ensuite. Parfois, cependant, des séquelles peuvent persister telles que : œdème chronique, pied bot phlébitique, troubles sensitifs divers.

Mais ces troubles sont, en somme, peu fréquents dans la phlegmatia typhique. Aussi, la plupart des auteurs considèrent-ils cette phlébite de la dothiénentérie comme particulièrement bénigne. C'est là une règle presque absolue, dit Morellet.

A la vérité, cette assertion est vraie d'une manière générale ; cependant, les cas terminés par la mort ne sont pas absolument exceptionnels. Nous en donnons un exemple plus loin. Nous avons pu relever deux observations, l'une de Muxart, l'autre de Foster, à évolution également fatale.

Telle est la symptomatologie habituelle de la phlébite typhoïdique; mais cette forme, bien qu'étant de beaucoup la plus fréquente, est loin d'être la seule.

Nous nous proposons d'étudier à présent, d'abord la *forme septicémique*, décrite récemment par Morellet, sous l'inspiration du professeur Widal en 1908, puis les *phlébites latentes*, sur lesquelles les travaux de l'école américaine et notamment de L. A. Conner de New-York ont attiré, il y a peu de temps, l'attention.

CHAPITRE II

PHLÉBITES SEPTICÉMIQUES
PHLÉBITES MULTIPLES
FORMES COMPLIQUÉES D'ENDOCARDITE

Dans une thèse récente, citée plus haut, faite sous l'inspiration du professeur Widal, Morellet a décrit une forme nouvelle de phlébite typhoïdique dont il apporte deux remarquables observations de Widal et Abrami, que nous résumons ci-après :

OBSERVATION I

(*in* thèse Morellet.)

V... Marie, âgée de trente ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service du professeur Widal, pour fièvre typhoïde.

Le début de l'affection remonte au 1er avril, époque où elle ressentit les premiers symptômes : faiblesse, fatigue générale, quelques frissons, un peu de céphalée.

Ces différents troubles s'aggravant, elle doit bientôt garder le lit (8 avril), le 13 elle est amenée à l'hôpital.

L'hémoculture donne un résultat négatif.

Le séro-diagnostic est positif à 1/100.

Le diagnostic de fièvre typhoïde est porté : la malade est mise au régime des bains.

Du 15 au 25 avril, l'état général reste sensiblement le même.

25 avril. — La température commence à tomber d'une manière appréciable. Elle est à 38 degrés. Le pouls à 90.

18 avril — Le séro-diagnostic pratiqué à nouveau est positif à 1/200.

25 avril. — Le pouvoir agglutinant a fortement diminué : il n'est positif qu'au 1/50.

L'hémoculture est encore négative.

Du 26 avril au 2 mai, la température baisse encore en même temps que la quantité des urines augmente.

3 mai. — La température est revenue à la normale. Les divers symptômes se sont améliorés ou ont disparu. On considère la malade comme convalescente.

7 mai, — La malade se lève pour la première fois. Elle ne ressent aucune douleur, ni aucune fatigue excessive.

13 mai. — La malade présente un peu de fièvre sans qu'on en découvre la raison.

15 mai. — Température : 38 degrés.

18 mai. — Douleur très violente dans le mollet gauche ; on ne trouve pas de point douloureux ni de cordon dur. Il n'y a pas d'œdème.

19 mai. — Apparition d'un œdème blanc à la partie inférieure de la jambe gauche : pas de douleur à localisation nette, pas de cordon induré.

Le taux agglutinatif remonte : il est de 1/200.

L'hémoculture pratiquée montre l'existence de bacille d'Éberth pur.

Du 20 au 28 mai, la température oscille entre 37 et 38 degrés.

29 mai. — L'œdème ne dépasse toujours pas le genou.

Hydarthrose très marquée au niveau de cette dernière articulation.

Du 1er au 4 juin. — La température augmente et atteint 39 degrés le 4.

L'œdème gagne la cuisse gauche.

L'hémoculture est négative.

5 juin. — La température retombe à la normale.

Du 10 au 22 juin, état local sans modification.

23 juin. — A 7 heures du matin, grand frisson avec claquement des dents d'une durée d'un quart d'heure.

La température, au moment du frisson, s'élève à 40 degrés, un quart d'heure après, elle est à 41 degrés.

L'œdème de la jambe semble avoir augmenté. Mauvais état général.

24 juin. — Hémoculture positive.

25 juin. — Retour de la température à la normale.

26 juin. — Mauvais état général. Délire, prostration.

L'hémoculture indique la présence du bacille d'Éberth pur.

La malade commence une rechute de fièvre typhoïde.

Du 26 au 29 juin, hématurie avec température entre 37°5 et 39 degrés.

29 juin. — Nouveau frisson durant un quart d'heure.

La température est à 39°5.

Le pouls est à 130. Même état local.

4 juillet. — Séro-diagnostic positif à 1/3000. L'hémoculture donne du bacille d'Eberth pur.

6 juillet. — L'œdème semble diminuer un peu, les jours suivants, l'œdème décroît nettement, quand, le 14 juillet, sur-

vient une nouvelle poussée thermique, avec augmentation de l'œdème la jambe gauche.

17 juillet. — L'hémoculture montre des bacilles d'Eberth fortement agglutinés.

A ce moment, l'examen du poumon indique des signes de bacillose très nette localisée au sommet gauche, bacillose qui va entraîner la mort de la malade, le 12 décembre suivant.

Dans l'observation II de Morellet, « il s'agissait d'un malade ayant eu une typhoïde d'intensité moyenne. La température était revenue à la normale ; tout semblait devoir se terminer par la guérison, lorsqu'un matin, sans raison apparente, le malade est pris d'un frisson d'une intensité extraordinaire, avec claquement des dents.

» En même temps, le facies était altéré, les yeux s'excavaient, le nez se pinçait, l'état général était grave.

» La température prise aussitôt, atteignait 40°1, formant ainsi un brusque crochet dans la courbe de température. Celle-ci, en effet, reprise quelques heures après, était retombée brusquement, pour descendre au-dessous de la normale.

» Ce tableau saisissant ne laissait pas d'être inquiétant. On pouvait craindre des accidents pyohémiques auxquels l'allure de la courbe thermique faisait immédiatement penser.

» On pratiqua alors quelques heures après, suivant

la méthode de Widal, l'ensemencement du sang. Celui-ci contenait du bacille d'Eberth sans adjonction d'aucun autre micro-organisme. Cet ensemencement positif était assez remarquable à cette date de la maladie où normalement, le bacille d'Eberth n'est plus en circulation.

» L'explication de ces symptômes était bientôt fournie par l'apparition d'un œdème localisé au membre inférieur gauche, au niveau de la racine de la cuisse, avec douleur à la pression sur le trajet de la veine crurale.

» Il s'agissait d'une phlegmatia alba dolens. Tout l'intérêt de cette observation réside dans la répétition, à neuf reprises successives, des mêmes phénomènes.

Neuf fois, en effet, le malade a été saisi de frissons, neuf fois il y eut brusque ascension de la température, sans que cette élévation fut durable. En même temps, l'on constatait l'aggravation de l'état général ».

Ces deux observations de Widal et Abrami permettent d'isoler nettement une forme spéciale de la phlébite typhoïdique caractérisée par l'existence de poussées successives, évoluant avec une allure des plus dramatiques.

Cette forme imposait dès l'abord, à l'esprit, l'idée d'une pyohémie véritable surajoutée à la typhoïde. De plus, chacune de ces poussées était accompagnée d'une septicémie que révélait la recherche de l'hémoculture

Pendant notre séjour à l'hôpital Claude-Bernard, il nous a été donné d'observer une forme très analogue, dans laquelle la phlébite a évolué par poussées avec accentuation des phénomènes infectieux. Malheureusement, par suite des circonstances que nous traversons, il ne nous a pas été possible de mener les examens de laboratoire aussi loin que l'ont fait Widal et Abrami.

Nous devons nous contenter de présenter l'observation clinique qui se rapproche de celles de ces auteurs et qui soulève plusieurs questions connexes nous semblant offrir un certain intérêt.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Aubertin et Chabanier.)

G. T..., âgé de vingt-neuf ans, entré le 12 novembre 1914 à l'hôpital Claude-Bernard à la salle Mourier.

Le malade a été atteint d'une blessure superficielle à la jambe gauche (partie externe du mollet). La plaie, due à un éclat d'obus, peu étendue, se cicatrise facilement au bout d'environ une dizaine de jours sans suppuration ni autre complication. Le malade, qui était soigné depuis le 10 septembre dans un hôpital auxiliaire à Paris, était donc quelques jours après son entrée considéré comme guéri quand, le 27 octobre, la température monta à 37°8, le 28 octobre à 39°4, le 29 octobre à 39°8 et le 30 à 40°2.

En même temps, le pouls s'accélérait (plus lent cependant que la température n'aurait permis de le prévoir), le malade se sentait fatigué, la tête lourde, sans appétit et il ressentait une douleur sourde, d'intensité variable, au niveau du bord interne du tendon d'Achille droit.

La température se maintient en plateau à 40 degrés les jours suivants.

7 novembre. — La température présenta une chute brusque à 37°6 avec un pouls cependant normal comme force et comme rapidité (76 pulsations à la minute). Le 8, la température remontait brusquement à 40 degrés et le malade était envoyé comme suspect de fièvre typhoïde à l'hôpital Claude-Bernard

Examen du malade à l'entrée. — Lors de son entrée le malade est fatigué, non à vrai dire prostré, mais plutôt loquace. Son teint est un peu olivâtre. Il se plaint d'une douleur vague et peu intense à la tête. Il a une légère diarrhée qui présente la fétidité habituelle aux selles des dothiénentériques.

L'abdomen est un peu ballonné, la pression dans la fosse iliaque droite est un peu douloureuse ; il n'y a pas de taches rosées lenticulaires.

La rate est nettement augmentée de volume : elle mesure 15 centimètres dans le sens antéro-postérieur. La palpation réveille une légère sensibilité à ce niveau.

Dans les deux poumons existent quelques sibilances.

Le pouls est assez rapide (90, 95 pulsations à la minute), il est fort, plutôt vibrant.

A l'examen du cœur, on ne trouve pas de modifications d'intensité des bruits, par contre il existe une certaine arythmie

due à l'interposition d'extra-systoles, les unes perceptibles, les autres non perceptibles au pouls, ce qui contribuait à donner à ce dernier un certain degré d'irrégularité.

La langue est blanche, sèche. Température 38°7.

Le malade se plaint de sa jambe droite qui est un peu augmentée de volume au niveau de la région malléolaire. L'extension du membre inférieur droit est douloureuse, la palpation montre un léger empâtement dans le tiers inférieur de la jambe droite, surtout à la face interne.

Il existe à ce niveau de l'hyperesthésie cutanée.

Les jours suivants, jusqu'au 16 novembre environ, le tableau clinique reste sensiblement le même.

Le malade dort mal, il est un peu agité et se plaint toujours de sa jambe droite qui le fait souffrir de plus en plus.

L'empâtement devient progressivement plus marqué, gagnant la région du mollet.

La température oscille autour de 39 degrés. Durant un ou deux jours on observe encore au niveau du cœur des extra-systoles surtout après un effort.

Le pouls est toujours bien frappé.

Pendant ces quelques jours, la diarrhée est très abondante (10 à 12 selles par vingt-quatre heures) : diarrhée ocre, fétide.

L'état général s'altère progressivement; on n'observe toujours pas de taches lenticulaires.

17 novembre. — L'empâtement augmente au membre inférieur droit, atteignant et dépassant le genou pour se continuer, moins marqué, jusqu'à la racine de la cuisse.

Le membre inférieur droit est alors mis dans une gouttière ouatée.

Les troubles psychiques deviennent plus marqués, le malade est en proie à un délire tranquille, surtout verbal. Rares phénomènes hallucinatoires.

19 novembre. — La diarrhée devient très abondante et très fétide. Le pouls est à 120 degrés, fort. Les bruits du cœur sont bien frappés ; on n'observe plus d'extra-systoles. Les taches rosées sont toujours absentes.

A l'examen du poumon : quelques sibilances diffuses.

20 novembre. — Même état.

21 novembre. — La température demeure toujours élevée.

Par crainte de provoquer une thrombose veineuse, on évite la prise de sang dans les veines et par suite on ne peut pratiquer l'hémoculture.

On doit se contenter d'effectuer le séro-diagnostic sur le sang recueilli par ventouse sacrifiée : *le séro-diagnostic est positif au 1/50 : agglutination instantanée.*

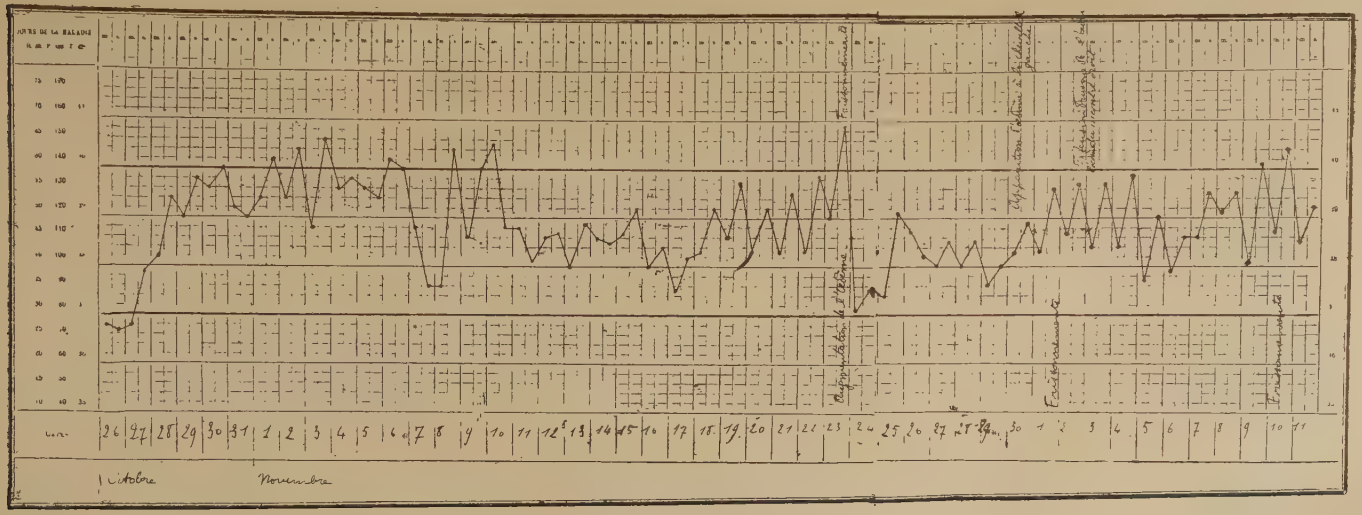
23 novembre. — L'œdème augmente assez brusquement à la cuisse droite : œdème de phlegmatia typique, dur, faisant godet, blafard.

Le pouls est à 132 degrés, bien frappé, les bruits du cœur sont normaux.

Le soir, la température monte à 40°9 ; frissonnements pendant toute la soirée.

24 novembre. — Le malade commence à présenter des phénomènes de collapsus qui vont durer pendant plusieurs jours.

A 6 heures du matin, chute brusque de température à


Octobre
Novembre

37 degrés : à ce moment, le malade est abattu, cependant le facies est relativement bon.

Pensant à une perforation intestinale possible, on examine avec soin l'abdomen : la palpation profonde ne réveille de douleur en aucun point ; pas de contractures. Le pouls est assez bon.

A 8 heures, température 37 degrés ; même état, toujours rien du côté de l'abdomen, la matité hépatique est conservée.

A 10 heures, le pouls est à 136 degrés, presque imperceptible. La respiration est fréquente ; 32 par minute. La tension artérielle ne peut être prise à l'oscillomètre de Pachon, les contractions systoliques étant très inégales. Le malade est agité, cyanosé, en proie à un délire assez vif, les extrémités sont refroidies.

A 2 heures de l'après-midi, il n'existe toujours aucun phénomène abdominal, la température est à 37°5.

A 8 heures du soir, même état.

25 novembre. — La température de la nuit s'est maintenue à 37°5.

Le pouls est très faible, compté à l'oscillomètre il atteint environ 120 pulsations à la minute. La tension artérielle maxima est de 11 par la méthode de Riva-Rocci, de 14 par la méthode oscillométrique. La tension artérielle minima est de 8.

La cyanose est diminuée.

La dyspnée est moindre.

L'examen du cœur ne montre pas de modification appréciable du rythme cardiaque. Par contre, le premier bruit est très assourdi et on pense à l'existence d'une *endocardite*.

L'abdomen est légèrement ballonné, nullement douloureux. La diarrhée persiste, intense et fétide.

A partir de 11 heures du matin, la température remonte et à 8 heures du soir, elle est revenue à 39 degrés.

26 novembre. — La dyspnée a presque disparu.

La diarrhée diminue.

Le pouls est à 140, bien frappé.

27 novembre. — Même état. L'œdème reste toujours très marqué au membre inférieur droit, mais ne gagne pas la fosse iliaque du même côté.

28 et 29 novembre. — Pouls à 140, assez bien frappé.

30 novembre. — Apparition d'un empâtement au niveau de la cheville gauche et du mollet gauche.

Le pouls est à 160.

1er décembre. — L'empâtement augmente au membre inférieur gauche et gagne la cuisse ; il existe à ce niveau un œdème blafard moins marqué cependant que sur le segment correspondant du membre droit.

Le pouls est très rapide. An cœur, rythme pendulaire. Dans la soirée, la température monte à 39°6. Le malade frissonne toute l'après-midi.

2 décembre. — Régression assez marquée de la phlébite gauche.

L'œdème du membre inférieur droit *devient considérable;* la racine du membre est très augmentée de volume, le pli de l'aîne est effacé. A la palpation, on peut suivre le trajet de la veine saphène interne qui est perçue comme un gros cordon dur.

3 décembre. — Même état local. Altération marquée de l'état général : la cachexie s'installe : amaigrissement rapide et considérable. Le malade est délirant ; il perd ses urines et ses matières.

Pouls 140.

Le premier bruit cardiaque demeure très assourdi.

4 et 5 décembre. — Affaiblissement encore plus marqué ; le malade ne s'alimente plus.

Délire marqué, agitation continuelle.

Le malade est loquace et défiant.

Les yeux sont hagards, les pupilles dilatées.

Pouls 140.

6 décembre et jours suivants. — La cachexie s'accentue. Les traits sont creusés. Agitation, amaigrissement considérable.

Le pouls est rapide, faible.

La dyspnée est de plus en plus marquée, avec cependant des phases d'accalmie.

Au poumon on ne trouve toujours que quelques sibilances ; les bruits du cœur sont assourdis. Le rythme demeure pendulaire.

Il existe une diarrhée abondante.

Depuis le 1er décembre, la température a oscillé entre 38 degrés le matin et 40 degrés le soir.

10 décembre. — Au soir elle atteint 40°4 ; le malade a frissonné durant tout l'après-midi.

Le malade meurt le 12 décembre dans la nuit.

Examen nécropsique — A l'ouverture du cadavre, on trouve un épanchement péritonéal purulent franc au milieu duquel baignent les différents viscères et qui semble résulter de la rupture d'un abcès de la rate. Les anses intestinales ne sont pas agglutinées.

La rate est augmentée de volume avec périsplénite. Elle présente deux abcès du volume respectivement d'une noix et d'une noisette avec membrane pyogénique nette.

Le foie est augmenté de volume, il offre l'aspect classique du foie infectieux.

Au cœur, aucune modification macroscopique nette. Sur la valvule mitrale, endocardite plastique légère. Rien sur la triscupide ni sur les valvules artérielles. L'intestin grêle ne présente pas d'autres modifications qu'une légère congestion vasculaire. Les plaques de Peyer sont normales. Il n'existe pas de perforation. Rien de particulier sur le gros intestin.

Cette observation, ainsi que nous le disions plus haut, nous semble intéressante à plusieurs points de vue.

Mais, tout d'abord, il nous faut établir que nous avons eu réellement affaire à une phlébite typhoïdique. Cette affirmation exige une discussion assez serrée.

La phlegmatia dont nous parlons est survenue chez un soldat. Environ un mois et demi avant son apparition, le sujet avait reçu une blessure superficielle au niveau de la partie externe du mollet *gauche*. Cette blessure avait évolué sans le moindre phénomène infectieux, et c'est sans autre apparence d'infection préalable que s'est installée la phlébite au niveau du membre inférieur *droit ;* il ne saurait donc y avoir de rapprochement à établir entre la blessure et la phlébite.

Nous considérons la manifestation veineuse qu'il nous a été donné d'observer comme étant d'origine éberthienne.

Pour affirmer cette étiologie, nous nous basons sur les preuves apportées par le séro-diagnostic. Ce dernier nous paraît avoir une réelle valeur diagnostique dans le cas présent, car, « notre » sujet n'avait jamais présenté antérieurement aucun symptôme pouvant être identifié à ceux d'une fièvre typhoïde. Au contraire, il avait toujours joui, jusque-là, d'une santé parfaite, et n'avait jamais éprouvé, assurait-il, le moindre trouble du côté de son tube digestif.

De plus, cliniquement, cette phlébite s'est accompagnée d'une température élevée en plateau, tout au moins au début. Le malade avait une grosse rate, des phénomènes pulmonaires discrets, du tuphos, de la diarrhée abondante et fétide, avec ballonnement de l'abdomen : tous phénomènes que l'on trouve ainsi réunis à la période d'état de la dothiénentérie.

Pour ces diverses raisons, nous considérons donc la phlébite que nous observâmes comme une phlébite typhoïdique.

La lésion veineuse a présenté le caractère particulier d'être double : le membre inférieur droit étant pris avant le membre gauche contrairement à ce que signalent la majorité des auteurs. A un certain moment, il nous a même été donné d'observer un véritable balancement entre les phénomènes œdémateux des deux membres inférieurs, nous faisant ainsi assister à une véritable *phlébite à bascule*.

L'intérêt de notre observation nous semble exister encore à un tout autre point de vue : l'ensemble des phénomènes infectieux qui ont accompagné la phlé-

bite, et surtout les phénomènes intestinaux (diarrhée ocre intense, fétide) et les phénomènes abdominaux, permettent, à notre sens, de considérer, malgré l'intégrité apparente des plaques de Peyer, que nous étions en présence d'une véritable fièvre typhoïde dans laquelle, il est vrai, les phénomènes phlébitiques ont été de beaucoup prédominants.

Dès lors, la question revêt un intérêt nouveau : nous avons vu au chapitre premier de cette thèse, que la phlébite typhoïdique survenait dans la grande majorité des cas à la période de convalescence de la dothiénentérie et rarement à la période d'état.

A notre connaissance, il n'existe pas d'observation relatant une phlébite survenue au début de la période d'état : en d'autres termes, réalisant le tableau du *phlébo-typhus*. Or, ces conditions nous paraissent réunies dans le cas par nous rapporté : la phlébite a été, en effet, le premier phénomène qui ait attiré l'attention sous forme de vives douleurs dans la partie inférieure de la jambe droite.

Bientôt, l'œdème s'installait progressivement, la fièvre atteignait en quatre jours 40 degrés et, en même temps, s'établissait peu à peu un ensemble morbide caractérisé par des troubles de l'état général des phénomènes digestifs, une grosse rate et bientôt, le tableau complet de la typhoïde se trouvait réalisé.

Enfin, cette observation nous montre une forme septicémique de la phlébite typhoïdique. L'affection a présenté en effet plusieurs poussées avec frissonnements suivis peu après d'une ascension brusque

de la température ; la première de ces poussées fut même accompagnée des phénomènes prolongés de collapsus, et suivie de manifestations endocarditiques dont les lésions furent retrouvées à l'autopsie, et qui sont le témoin de la réinfection générale de l'organisme.

L'observation que nous rapportons peut donc être, à juste titre, rapprochée des deux observations du professeur Widal et d'Abrami citées dans la thèse de Morellet, comme réalisant, ainsi que nous le disions plus haut, une phlébite septicémique.

A vrai dire, il est certaines variétés de phlébite dont il existe quelques cas dans la littérature médicale qui procèdent nécessairement par poussées successives : ce sont les phlébites multiples.

Phlébites multiples. — Les observations de phlébites thyphoïdiques multiples ne sont pas nombreuses dans la littérature médicale et surtout, sont d'un intérêt très inégal en vue de la question qui nous occupe. Nous en citerons trois apportées respectivement par D'Alburquerque-Calvacanti, Chouppé et Veillard.

Nous les résumons ci après :

Observation de d'Alburquerque-Calvacanti

Mallome, vingt-trois ans, maçon, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Gouraud, salle Aran, lit 6, 15 octobre 1882.

Après 2 septennaires de fièvre typhoïde nettement bénigne, le malade entre en convalescence.

Température 37 le matin, 37, 2 le soir. Cet état dure jusqu'à la fin du troisième septennaire. L'appétit revient, les nuits sont calmes, le malade se lève dans un fauteuil.

A ce moment, douleurs lancinantes du côté du membre abdominal gauche; les mouvements de la jambe sont gênés et causent de la douleur.

A l'examen: augmentation du volume de la jambe, la pression est douloureuse au niveau du mollet et du pli de l'aine (t. = 38°8 le matin, 39°5 le soir).

Le lendemain, 5 novembre, la jambe est œdématiée, dure, luisante; la cuisse est augmentée de volume; on ne constate pas encore nettement le cordon dur de la crurale mais, par contre, les veines superficielles sont dilatées et forment des traînées bleuâtres qui contrastent avec la couleur blanc mat de l'œdème. La température demeure entre 38°6 et 39 degrés.

7 novembre. — Le membre est considérablement œdématié, on constate bien le cordon dur de la crurale thrombosé.

Les douleurs spontanées se sont calmées.

État général satisfaisant, température 39 degrés le soir.

11 novembre. — L'œdème diminue, les douleurs spontanées disparaissent. Les points douloureux de l'aine et du mollet persistent (temp. 37 degrés le matin, 38°2 le soir).

13 novembre. — L'œdème a presque tout à fait disparu de la cuisse, et a beaucoup diminué dans la jambe, où il est surtout notable au niveau des malléoles.

État général bon.

Température, 38 degrés le soir.

16 novembre. — La jambe est revenue à l'état normal sauf au niveau des malléoles où le doigt produit encore une légère cupule.

La température est normale.

18 novembre. — L'œdème de la jambe est complètement disparu, les pressions du doigt au niveau du mollet et de l'aine produisent à peine une douleur obtuse.

Le malade a bon appétit et la convalescence retardée se montre franche : les nuits sont bonnes, sommeil tranquille, le malade reprend des forces.

Rien à signaler jusqu'au 27 novembre.

A cette époque, le malade se lève.

C'est alors que la jambe droite commence à enfler, et le 8 décembre se produit un œdème général du membre.

La jambe était comme engourdie, mais l'œdème moindre et les douleurs moins vives que pour la phlébite du membre gauche (température le matin 37°8, le soir 39°9.)

5 décembre. — L'œdème persiste, mais il est presque mou, des points douloureux sont constatés à l'aine et au mollet; le malade dort. On ne trouve pas nettement de cordon veineux.

10 décembre. — On remarque que la cuisse et le mollet diminuent, les malléoles sont encore bien œdématiées (température normale).

15 décembre. — A partir de ce jour, plus rien à noter.

Puis, le malade a une rechute et reprend le lit.

20 décembre. — Il se lève. État général bon.

24 décembre. — Le malade sort guéri.

Cette observation nous montre une phlébite double dans laquelle le membre inférieur gauche a été pris le premier. Le membre atteint guérit, la température revient à la normale, et alors se manifeste la deuxième phlébite au niveau du membre inférieur droit, accompagnée d'une nouvelle élévation thermique, indice de la réinfection générale dont relève la nouvelle lésion veineuse.

Bien que les phénomènes infectieux qui ont marqué l'extension de la phlébite ne soient pas rapportés d'une manière très précise dans l'observation d'Alburqueque-Cavalcanti, elle nous semble cependant à retenir comme une forme septicémique.

Les phénomènes de réinfection générale sont encore beaucoup plus nets dans les observations de Chouppe et de Veillard, en voici le résumé :

Observation de Chouppe

Un homme de trente ans entre en 1870 chez Vulpian, à la Pitié, présentant une fièvre typhoïde à forme abdominale qui dure quatre septennaires. Déjà convalescent, il se levait quand il est pris de frissons suivis d'une deuxième fièvre typhoïde du même type, parfaitement caractérisée (marche régulière de la température, éruption de taches rosées, etc., qui durent trente-cinq jours).

Peu de jours après, la défervescence se produit, le malade qui avait des furoncles, de petits abcès, et était dans une cachexie profonde, eut des thromboses multiples des petites veines de

l'avant-bras et de la jambe. Malgré les complications, il commençait à se remettre, quand il fut pris d'une troisième fièvre typhoïde encore parfaitement caractérisée par ses symptômes habituels, et qui le laissa dans un affaiblissement extrême.

Pendant la convalescence qui suivit, il fit encore une thrombose des grosses veines.

La guérison survint enfin.

Observation de Veillard

Il s'agit d'une femme qui entre le 1er septembre 1879 à l'hôpital Saint-Antoine. Quinze jours avant son entrée, elle ressentit un malaise général : vertiges, fièvre.

A son arrivée, elle présente tous les signes de la fièvre typhoïde au deuxième septennaire : taches rosées peu nombreuses, etc.

La malade n'offre rien de remarquable en dehors d'un état fébrile assez accentué ; elle entre en convalescence quinze jours après son admission à l'hôpital.

Cependant, le 18 septembre, alors que toute fièvre a disparu, elle ressent quelques douleurs vagues dans le membre supérieur, sans tuméfaction apparente.

Trois jours après, elle ne peut plus remuer les jambes ; d'ailleurs les membres inférieurs sont tuméfiés en totalité avec chaleur de la peau et teinte mate particulière.

En dehors et en haut de la cuisse, on perçoit le cordon dur et douloureux de la veine crurale oblitérée ; la pression du mollet est également douloureuse.

25 septembre. — Il y a déjà une diminution notable de la tuméfaction et de la douleur aux deux membres inférieurs.

30 septembre. — Les jambes et les cuisses reviennent à leur volume normal, mais les cordons des veines crurales se perçoivent encore très nettement.

4 octobre. — Fin de l'œdème, la liberté des mouvements est complète.

7 octobre. — Reprise de la fièvre, rechute, température 39°8, et au cours de cette rechute, il n'y a pas de nouvelle phlegmatia.

Ces deux observations nous semblent particulièrement intéressantes ; la lésion veineuse devenant le point de départ de la réinfection générale qui se traduit par une rechute typique de fièvre typhoïde ; et, bien que les phénomènes qui accompagnent la réinfection n'aient pas été ici non plus précisés, cette observation nous semble cependant à rapprocher encore de celles de Widal.

A côté des formes multiples, il nous faut placer certaines phlébites unilatérales, dans lesquelles la septicémie est marquée par l'apparition d'une complication infectieuse à distance. C'est le cas notamment des phlébites compliquées d'endocardite ou de myocardite.

Nous avons pu en observer un exemple, lors de l'épidémie qui survint chez les militaires en traitement à l'hôpital Claude Bernard.

OBSERVATION V

(Aubertin-Chabanier)

Le S... Jean, vingt-sept ans, artilleur.

Entre à l'hôpital Claude-Bernard, le 8 décembre 1914.

Le début de la maladie remonte à quinze jours environ. L'affection commence par une fatigue générale, avec anorexie, constipation, céphalée, épistaxis légères et répétées.

Peu à peu l'état général devenait plus altéré, et le malade, au bout de huit jours environ, était évacué sur un hôpital de campagne : à ce moment, la température était de 40 degrés environ.

Le lendemain de son entrée, le malade était pris de diarrhée, et trois jours après, des taches rosées apparaissaient sur la poitrine et l'abdomen ; quelques jours après, un séro-diagnostic était fait et le malade fut dirigé sur l'hôpital Claude-Bernard.

A son entrée, le 8 décembre, il présente tous les signes de la dothiénentérie : tuphos, grosse rate perceptible à la palpation, diarrhée abondante, fétide, taches lenticulaires surtout répandues sur le thorax. La température est à 40°1. Le pouls est à 95, régulier, fort, un peu dicrote.

L'examen du cœur ne montre rien de particulier : les bruits sont bien frappés.

Dans les deux poumons existent des sibilances diffuses.

Cet état se maintient les jours suivants : la température demeure aux environs de 39 degrés durant sept jours.

Pendant ce temps cependant, les différents symptômes ont

plutôt tendance à devenir moins accentués, sauf le tuphos qui persiste, s'accompagnant même pendant les trois premiers jours de délire tranquille.

A partir du huitième jour (depuis son arrivée à Claude-Bernard) la fièvre commence à décroître ; la défervescence se poursuit assez rapidement, si bien qu'en cinq jours la température a atteint 37 degrés. Cette baisse thermique s'accompagne d'une abondante polyurie, en même temps l'état général s'améliore : le malade semble entrer en convalescence.

La température se maintenait au dessous de 37 degrés depuis huit jours, quand le huitième jour, le malade accuse une douleur assez vive à la partie inférieure du mollet gauche : le lendemain, la région apparaissait nettement tuméfiée, donnant au doigt la sensation d'un empâtement dur : le soir la température montait brusquement à 38 degrés, sans sueurs ni frissons.

Le jour suivant : la phlébite était plus marquée, dépassant le genou ; la veine poplitée apparaissait à la palpation comme un gros cordon induré, douloureux.

En même temps, le pouls devenait rapide : 120 pulsations à la minute et l'auscultation du cœur montrait un assourdissement marqué du premier bruit, tandis qu'au contraire, le deuxième bruit devenait claquant. Dans la soirée, la température montait à 38°7.

Le quatrième jour, le pouls était à 100 ; l'œdème s'accroissait encore, prenant l'aspect blanchâtre caractéristique. Température : 38°9.

Le cinquième jour, pouls à 110, un peu faible, avec quelques intermittences. Température : 38°7.

Le sixième jour au matin, la fièvre est tombée brusquement à 37 degrés. En même temps, l'œdème semble légèrement diminué ; les bruits cardiaques sont un peu moins assourdis ; à la pointe, ils semblent à peu près normaux. Le pouls est à 120.

Dans la soirée, la température remonte subitement à 39°3, le malade a froid, éprouve une céphalée peu intense.

Le septième jour : l'œdème recommence à s'accroître. Le pouls est toujours rapide : 120 pulsations à la minute.

Le soir, la température est descendue à 37°7.

Le huitième jour (dans la soirée) : nouvelle poussée thermique à 39°3.

Le neuvième jour : l'œdème a encore augmenté, le malade ressent dans la matinée un point de côté assez vif et rejette quelques crachats sanguinolents ; l'examen du poumon ne révèle pas de modification au niveau de cet organe.

Les jours suivants, la température commence à décroître, dépassant encore 38°9 le soir pendant trois jours, puis arrive à 37 degrés le quatrième jour et bientôt tombe au-dessous de 37 degrés.

Dès lors, la phlébite va régresser petit à petit; après être resté stationnaire, l'œdème diminue, et en douze jours environ, disparaît totalement.

En même temps, le pouls est redevenu normal et le cœur ne présente plus aucun signe particulier.

Cette observation nous dépeint d'une part une phlébite évoluant en plusieurs petites poussées, chaque fois sans réactions générales importantes ; de plus, elle nous montre une endocardite se révélant

cliniquement après le début de la phlegmatia, dénonçant la réinfection de l'organisme au moment où la lésion veineuse se met à progresser.

Tels sont les faits concernant les phlébites septicémiques : ces diverses observations et surtout celles de Morellet, où l'hémoculture a été effectuée régulièrement, remettent en question la pathogénie de la phlegmatia dans la typhoïde.

PATHOGÉNIE

Sans vouloir exposer les fluctuations par lesquelles sont passées les diverses théories concernant la pathogénie des phlébites, nous rappellerons seulement que c'est en 1883 qu'Hutinel émit l'hypothèse du rôle des micro-organismes dans la détermination des phlébites.

Cette opinion fut partagée par Cornil et Babès (1896) et solidement démontrée d'abord par les travaux de Widal (1889) sur la phlegmatia puerpérale (l'examen direct et les cultures lui prouvèrent l'existence de streptocoques dans les parois veineuses et le caillot fibrineux) ensuite, par les recherches expérimentales de Vaquez (1890). Cet auteur put reproduire en effet la phlébite par inoculation de microbes pyogènes ; « cette notion d'infection, écrit-il, fait l'unité de toutes les phlébites ».

Dès lors on s'accorda à reconnaître à la phlegmatia typhoïdique une origine infectieuse et les anciennes théories, théories mécaniques de Wirchow, chimiques de Vogel et de l'école de Dorpat furent laissées dans l'ombre.

Par quel mécanisme les microbes déterminent-ils la phlébite ?

Les avis des auteurs à ce sujet sont partagés. Lépine et Lyonnet, Jackowski, Crocq, se basant sur la détermination expérimentale des phlébites au moyen de toxines typhiques ou d'autres toxines microbiennes, admettent le rôle prédominant de la « toxine ».

Cette opinion semble confirmée par le fait que l'on trouve rarement des microbes sur les parois veineuses ; mais ceci n'est point une preuve suffisante pour éliminer l'infection antérieure des veines. Widal, ainsi que Vaquez, ont montré que c'est seulement pendant la période active de la phlébite qu'on peut mettre en évidence la présence des microbes.

Comme le remarque Morellet, la mort étant exceptionnelle dans la phlébite typhoïdique à la période d'état et ne survenant en général qu'à l'occasion d'une autre complication, plus tardivement, il ne faut pas s'étonner si les examens microbiologiques ont donné peu de résultats positifs.

Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, les recherches bactériologiques pratiquées à l'autopsie mirent en évidence les micro-organismes les plus divers : Girode signale le bacterium coli, Bonnet les espèces les plus variées, enfin Vincent (d'Alger), dans 4 cas de phlébite typhoïdique terminés par la mort, trouve à la nécropsie, dans le caillot et dans les vaisseaux thrombosés, du staphylocoque doré ou blanc.

Il conclut :

« Contrairement à ce que l'on observe pour

d'autres maladies (tuberculose, fièvre puerpérale), la phlébite typhoïdique n'est donc pas une manifestation de l'agent spécifique de la dothiénentérie ; elle est causée par un microbe d'infection surajoutée. Dans toutes nos observations, ce microbe était le staphylocoque pyogène. »

Morellet s'inscrit en faux contre cette conception.

Il critique d'abord Vincent d'avoir étayé son opinion sur des recherches cadavériques ; il fait remarquer combien les microbes vulgaires se répandent et se multiplient dans l'organisme *post mortem*.

D'autre part, comme nous le disions plus haut, l'autopsie peut être faite à une période trop tardive pour que l'on trouve du bacille d'Eberth.

Cependant Haushalter (1893), à pu mettre en évidence la présence de ce microorganisme à l'état pur dans le caillot d'une phlébite crurale.

Enfin Morellet apporte certains arguments tirés de l'examen du sang.

Dans sa première observation, le malade avait présenté une fièvre typhoïde normale par sa symptomatologie, mais l'hémoculture avait été négative pendant la période aiguë de la maladie ; au contraire, dès que survint la phlébite, l'ensemencement du sang révéla l'existence du bacille d'Eberth à l'état pur.

Si la phlegmatia au cours de la dothiénentérie était le fait de microorganismes surajoutés, pourquoi les trouve-t-on si rarement dans le sang ?

En relevant les observations dans lesquelles l'ense-

mencement a été effectué, nous trouvons les chiffres suivants :

Widal et Lemierre, sur 88 observations, n'ont vu d'associations que trois fois : deux fois, il s'agissait de colibacille, la dernière, de staphylocoque ;

Schœttmüller, sur 220 observations, ne signale que deux infections mixtes, l'une à staphylocoque, l'autre à streptocoque ;

Worminsky a trouvé deux fois du staphylocoque ;

Renier-Müller indique un seul cas de streptocoque dans le sang sur 110 ensemencements ;

Enfin Port, sur 1.018 observations bactériologiques, n'a pu relever que 7 cas où le sang contenait du staphylocoque doré, une fois avec du staphylocoque blanc, quatre fois avec du staphylocoque de variété non déterminée.

Morellet s'appuie sur ces faits pour affirmer que l'infection veineuse au cours de la typhoïde relève du seul bacille d'Eberth.

Il nous semble que certains arguments, étayant cette conception, peuvent encore être tirés des leçons de la seule clinique.

Nous n'invoquerons pas les cas où, au cours de la phlébite, est survenue une autre complication. Le problème reviendrait alors en effet à établir que cette nouvelle complication est elle-même d'origine typhoïdique.

Par contre, certains faits, tels ceux de Chouppe et de Veillard, dont nous avons résumé plus haut les observations, nous paraissent présenter plus d'intérêt.

Rappelons que, dans ces 2 cas, il s'agissait de typhoïdiques présentant au cours de leur convalescence une phlébite, phlébite qui elle-même a été suivie d'une rechute d'assez longue durée.

Il est légitime, pensons-nous, de se demander s'il n'existe pas une relation étroite entre la phlébite et la rechute qui l'a suivie ; d'autant plus que, dans une observation de Veillard, il existe un véritable « balancement » entre les atteintes veineuses et les rechutes.

Dès lors, quelle pourrait être la nature de la phlébite, si la réinfection générale qui se traduit sous forme d'une reprise de typhoïde, est elle-même d'origine éberthienne ?

Ces faits apportent donc, en résumé, une confirmation de l'opinion de Morellet et nous croyons qu'ils autorisent à conclure avec lui à la spécificité de la phlébite typhoïdique.

CHAPITRE III

PHLÉBITES FRUSTES. — PHLÉBITES EMBOLIQUES

Les classiques s'accordent à considérer la phlébite comme peu fréquente : c'est l'opinion de Bouillaud, de Chomel et de Trousseau. La fréquence des lésions veineuses est d'ailleurs très inégale d'une épidémie à l'autre. Nous résumons dans le tableau suivant les chiffres indiqués par divers auteurs :

Nom des auteurs	Nombre de cas de typhoïde observés	Pourcentage des phlébites
Murchinson	»	1 o/o
Osler	829	1, 9 o/o
Thayer	2.463	2, 6 o/o
Hutinel (1882)	»	6 o/o
Vincent	»	8, 23 o/o
Da Costa	135	12 o/o

Enfin, récemment, L.-A. Conner, sur 1.540 cas de dothiénentérie traités à l'hôpital de New-York, de 1898 à 1912, trouve soixante-dix-huit phlébites, soit

5 o/o. De l'avis de cet auteur, ces chiffres sont inférieurs à la réalité : à côté de la forme classique de la phlegmatia, on peut observer en effet des formes frustes. En tenant compte de ces dernières, le chiffre des complications veineuses s'élève aux environs de 10 à 12 o/o.

Les formes frustes dont L.-A. Conner rapporte un certain nombre d'observations nous semble pouvoir être classées en plusieurs groupes :

1° Formes ne se traduisant que par des phénomènes thoraciques qui peuvent réaliser un tableau très différent de l'embolie pulmonaire ;

2° Formes qui peuvent ne se manifester que par un frisson ou l'élévation brusque et passagère de la température ;

3° Formes qui peuvent ne se révéler que par des phénomènes douloureux : le type en est le « tender toes » orteils douloureux ;

4° Formes pouvant simuler certains syndromes abdominaux.

Nous allons étudier brièvement ces dernières variétés.

I. — *Formes à symptomatologie pulmonaire.*

Sur 1.540 cas de fièvre typhoïde observés à l'hôpital de New-York, L.-A. Conner relève 88 cas de complications pulmonaires ou pleurales, la bronchite banale étant exceptée ; dans 29 cas, il s'agissait d'une embolie pulmonaire typique qui survint dix-

neuf fois avant, 10 fois après l'apparition de la phlébite.

Dans 8 cas, où la phlébite était manifeste, survinrent des manifestations pulmonaires douteuses comme dans l'observation suivante :

Homme de vingt-quatre ans. Après la défervescence, cyanose soudaine suivie d'élévation de la température et de douleurs dans la région diaphragmatique droite.

Cinq jours plus tard s'établissait une phlébite de la veine saphène droite.

Nous avons vu un fait très analogue dans notre observation I : rappelons, en effet, que le dixième jour d'apyrexie, le malade accusa un point de côté intense sans que l'examen physique ne révélât d'ailleurs à son niveau quoi que ce soit d'anormal. La douleur persista pendant six jours encore et le septième apparaissait une phlébite au membre inférieur gauche.

L.-A. Conner considère ces phénomènes comme relevant de petites embolies trop faibles pour pouvoir se traduire par des signes physiques.

Au cours de 26 dothiénenthéries, Conner, en l'absence de toute phlébite manifeste, observe des *phénomènes pulmonaires*, comparables à ceux que nous venons d'indiquer dans le courant de phlébites nettes, phénomènes qu'il n'hésite pas à attribuer à une *phlébite fruste* dont, par suite, ils pourront constituer le seul symptôme.

Voici deux observations de Conner :

1° Femme de vingt-quatre ans, fièvre typhoïde normale ; à la fin de la défervescence, brusquement, vive douleur dans le côté droit du thorax ; trois jours plus tard, violente douleur dans les orteils, des deux côtés, durant plusieurs jours.

2° Femme de cinquante-trois ans, reçue le 31 août. Évolution normale jusqu'au 24 septembre. Ce jour-là, à 2 heures du matin, collapsus soudain avec respiration rapide, pouls faible et sueurs froides. Rétablissement graduel.

1er octobre. — Douleur vive et soudaine dans le côté gauche de la poitrine. Le lendemain, pesanteur, respiration bronchique et râles crépitants à la base gauche en arrière. Ces signes disparaissent en cinq jours.

8 octobre. — Vive douleur dans l'hypocondre droit.

Le 18, vive douleur dans le côté droit du thorax pendant plusieurs jours.

Élévation de la température pendant chacune de ces manifestations pulmonaires.

Nous avons nous-même observé un cas très voisin que nous résumons ci-après ;

OBSERVATION VI (Personnelle)

Galib..., adjudant, entre à l'hôpital au douzième jour de la maladie, présentant des symptômes classiques de la dothié-

nenterie. Trois jours après son entrée, phénomènes de collapsus de courte durée. La défervescence se produit en lysis et le malade semble entrer en convalescence quand, après dix jours d'apyrexie environ, il se plaint d'un vif point de côté à la base gauche. En même temps, légère élévation de température à 38 degrés ; à l'examen du poumon, on trouve à la base gauche une diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles fins.

La douleur thoracique persiste, assez intense pendant quelques jours, tandis que la température oscille entre 38 et 38°5, puis, elle baisse, les râles disparaissent et tout semble être revenu à la normale.

Environ une semaine après, le malade se plaint de douleurs vagues dans les deux jambes qui cédèrent elles-mêmes rapidement, sans qu'il se soit jamais produit d'œdème ni d'autre signe local indiquant une lésion de la veine :

L.-A. Conner rattache ces manifestations pulmonaires à des embolies qui, elles-mêmes, sont sous la dépendance d'une phlébite, la lésion veineuse étant minime et restant latente peudant toute son évolution.

II.— *Formes qui peuvent ne se manifester que par un frisson ou une élévation brusque de la température.*

Conner fait remarquer qu'il n'est pas exceptionnel d'observer pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, des frissons fréquents, avec des ascensions brusques et élevées de température. L'examen du

malade, l'étude de son passé morbide permettent d'éliminer le paludisme ou une pyélo-néphrite et l'on ne sait comment interpréter de semblables phénomènes.

L'ensemencement du sang reste négatif et le malade finit par guérir, tout au moins dans les cas rapportés par l'auteur.

Le clinicien américain considère ces frissons comme se rattachant le plus souvent à une phlébite latente, et il cite toute une série d'exemples publiés dans la littérature médicale où les frissons précédèrent ou accompagnèrent une phlébite.

C'est ainsi que, sur 6 cas de frissons multiples rapportés par Herringham, quatre fois on reconnut nettement l'existence d'une phlébite et, dans 1/5 des cas, les symptômes observés rendaient celle-ci très probable.

Thayer qui a constaté des frissons dans 28 o/o des phlébites typhoïdiques, cite trois cas dans lesquels l'apparition de la phlébite a donné la raison de frissons jusque-là inexpliqués.

Il en serait souvent de même des élévations de température qui peuvent survenir après la défervescence dans la fièvre typhoïde, et que l'on interprète le plus souvent comme des rechutes.

Conner fait remarquer que l'irrégularité de la fièvre, l'existence de rémissions et d'exacerbations brusques et très accusées, ou la longue prolongation d'un léger mouvement fébrile, sans parler des

frissons qni s'y associent souvent doivent faire éliminer une rechute et conclure à une complication.

Quand le siège de celle-ci ne peut être précisé, on devra penser à une phlébite latente : bien des ascensions de température brusques et passagères attribuées à des écarts de régime n'en connaîtraient pas d'autres causes.

Pour Gouget, l'interprétation proposée par Conner est discutable : les frissons et la fièvre qui précèdent souvent d'assez loin l'apparition de la phlébite, comme l'a bien montré Widal, puis Vaquez, peuvent être considérés plutôt comme la traduction de l'infection sanguine qui donnera lieu ultérieurement à la complication veineuse, que, comme le résultat de celle-ci ».

Mais il reconnaît cependant que « au point de vue purement clinique, l'apparition de frissons ou d'une fièvre irrégulière dans la convalescence d'une fièvre typhoïde doit faire redouter avant tout une phlébite. »

III. — *Formes ne se traduisant que par des phènomènes purement douloureux : le tender toes.*

Il est fréquent d'observer dans la dothiénentérie, surtout à une période tardive de la maladie ou même de la convalescence, le *tender toes*, « douleur des orteils », complication étudiée par Gerrey dans sa thèse, dont Rénon et Tixier ont récemment rapporté deux observations, dont nous avons également étudié 2 cas à l'hôpital Claude Bernard et que l'on attribue

communément à une névrite des nerfs plantaires.

D'après Conner, cette complication serait fréquemment associée à une phlébite.

Sur 1540 cas de fièvre typhoïde, la douleur des orteils a été signalée vingt-deux fois.

Dans 12 cas, il y avait en même temps phlébite des jambes ; sept fois la sensibilité des orteils est apparue avant les signes de phlébite ; 5 fois elle s'est manifestée après cette dernière.

Quant aux 10 cas sans phlébite évidente, 7 se sont accompagnés d'un mouvement fébrile ; dans un autre cas est survenue une embolie pulmonaire.

Pour Conner, le caractère passager de ces phénomènes, l'absence de troubles trophiques permettent d'éliminer l'idée d'une névrite, et le fait que l'on rencontre souvent associés le *tender toes* et la phlébite amène cet auteur à considérer le symptôme comme la conséquence d'une phlébite latente des veines du talon, dont par suite il serait la seule manifestation.

IV. — *Formes pouvant simuler certains syndromes abdominaux.*

Conner se demande s'il ne faut pas rattacher à une phlébite des petites veines mésaraïques certains syndromes abdominaux de pathogénie mal définie que l'on observe dans la fièvre typhoïde : accès brusque de douleurs abdominales avec sensibilité et distension simulant la perforation ; symptômes dysen-

tériques ; petites hémorragies intestinales répétées.

A vrai dire, ce n'est là qu'une hypothèse, car l'auteur américain n'apporte aucun fait positif. — On est donc en droit de faire des réserves au sujet des conceptions qu'il exprime et il n'est pas douteux que de généraliser semblable interprétation serait exagéré.

Nous la considérons cependant comme une excellente *working hypothesis* et dans un cas reproduit ci-dessous c'était la plus plausible, la plus conforme aux faits.

OBSERVATION VII (inédite)

(Aubertin-Chabanier.)

Fauch... Auguste, trente-cinq ans, territorial, entre à l'hôpital Claude Bernard le 23 décembre 1914.

Le début de l'affection remonte à une quinzaine de jours ; avant l'arrivée du malade à l'hôpital : diarrhée, anorexie, céphalée.

A l'entrée, le malade présente tous les signes classiques de la dothiénentérie, le tuphos est très marqué, le malade délire. La température est à 40°2. Le pouls, dicrote, bat à 100.

Dans les deux poumons, existent des signes de bronchite diffuse.

L'abdomen est un peu ballonné : il y a des taches rosées.

L'évolution de la maladie suit un cours favorable, la température oscille pendant quatre jours au-dessus de 39 degrés puis commence à descendre, et en quatre jours atteint 37 degrés. En même temps, l'état général s'améliorait et le malade semblait entrer en convalescence.

Cinq jours après que la température était revenue à la normale, le malade se plaignait de douleurs abdominales diffuses assez intenses pour l'empêcher de dormir.

L'abdomen était cependant soùple, ni rétracté, ni ballonné, la pression réveillait une douleur profonde, mais mal localisée.

Le soir, la température montait à 38 degrés.

On pense à la possibilité d'une perforation abdominale tardive, on applique de la glace sur le ventre du malade.

Le lendemain, la douleur est si intense que le malade doit se replier sur lui-même ; tout sommeil est impossible, et il pousse des cris continuels.

Cependant l'abdomen est toujours souple.

Le pouls est régulier à 80.

Température : 38 degrés.

Le jour suivant, même état, la température monte à 38°4. L'abdomen est ballonné.

Pouls : 100.

Le lendemain, la douleur est encore plus vive. On n'observe toujours aucun symptôme qui permette de penser soit à une perforation intestinale, soit à une cholécystite, soit à une appendicite.

Pouls à 112, régulier.

La température monte le soir à 38°7.

Le jour suivant, le malade est pris, à 7 heures du matin, d'une syncope brusque : cyanose, dyspnée, pouls petit, presque imperceptible.

On fait aussitôt de l'huile camphrée et de la spartéine à haute dose, et le malade revient de sa syncope. La douleur abdominale est toujours très vive ; le soir, la température monte à 39°2.

Le lendemain, le malade se plaint d'un point de côté intense à la base gauche. Peu après, il est pris d'une quinte de toux, après laquelle il rejette des crachats constitués par du sang pur et d'odeur aigrelette.

La douleur abdominale est moins intense, l'examen physique toujours négatif.

Le soir, la température est à 39 degrés.

Le lendemain, la température tombe à 37°9 le matin ; 37°3 le soir. Les crachats sanglants persistent, la douleur abdominale est presque disparue. A deux reprises, le malade a des vomissements bilieux abondants.

Dès lors, la douleur abdominale alla toujours en déclinant, disparaissant au bout de deux à trois jours.

La température oscille entre 37°5 et 38 degrés pendant cinq jours encore, puis revient à la normale en même temps que disparaissent définitivement les crachats sanglants. Dès lors, le malade entre en convalescence et, un mois après ces accidents, sortait de l'hôpital complètement guéri.

Cette observation nous semble particulièrement instructive ; elle nous montre en effet un syndrome douloureux abdominal en présence duquel on pense tout d'abord à une perforation ou à une complication d'un autre viscère.

Le diagnostic restait toujours suspendu quand se manifesta le tableau typique de l'infarctus : dyspnée, hémoptysies, foyer de râles fins et point de côté à la base gauche ; le diagnostic d'embolie pulmonaire s'imposait donc, il ne restait plus qu'à fixer le lieu de la thrombose veineuse.

L'ensemble des phénomènes douloureux abdominaux, l'absence du moindre phénomène permettant de penser à l'existence de lésions des veines des membres, autorisait à présumer l'existence d'une phlébite de la région abdominale, opinion que l'évo-

lution de la température, de l'hémoptysie, et des phénomènes douloureux eux-mêmes, semblent légitimer.

Et, s'il est sans doute exagéré d'invoquer la phlébite pour expliquer tous les syndromes douloureux qui ne relèvent pas d'une perforation ou d'une autre lésion d'un viscère abdominal, il sera toujours indiqué d'avoir présent à l'esprit la phlébite, au lit du malade.

Assurément on n'observe pas toujours un accident aussi caractéristique que l'embolie moyenne à laquelle il nous fut permis d'assister, mais un examen clinique soigneux fera saisir certains petits symptômes dont L.-A. Conner exagère peut-être la valeur et qui pourront cependant, dans plus d'un cas, permettre de dépister une phlébite inaperçue sans cela.

Telle sera également notre conclusion générale concernant les idées de L.-A. Conner ; nous reconnaissons que les faits qu'il apporte ne sont pas toujours démonstratifs ; ils ont du moins le mérite d'indiquer une voie nouvelle dans laquelle, espérons-le, on n'hésitera pas à s'engager, voie qui peut mener à des conséquences thérapeutiques que le médecin ne peut délibérément négliger.

CONCLUSIONS

1° La phlébite typhoïdique peut se présenter sous des aspects plus variés que ne l'indiquent les auteurs classiques.

Elle peut notamment prendre la *forme septicémique*, forme pseudo-pyohémique de Widal et Abrami, caractérisée par l'existence de poussées successives infectieuses, par l'exacerbation de la température, des frissonnements, localement le plus souvent par une augmentation des phénomènes œdémateux.

L'ensemencement du sang au cours de ces poussées infectieuses montre la présence du bacille d'Eberth.

De ces mêmes phlébites, il faut rapprocher les *formes multiples*, dans lesquelles les différents territoires veineux ont été pris d'une manière indépendante, les observations où l'évolution de la phlébite s'est accompagnée de l'apparition d'une autre complication septicémique, telle une endocardite, enfin les cas de Chouppe et de Veillard où la phlébite est à n'en pas douter le point de départ de la réinfection

générale de l'organisme traduite par l'apparition d'une rechute.

Ces différents faits viennent à l'appui de la théorie qui assigne au bacille d'Eberth la détermination de la complication veineuse. A côté de la phlébite classique, il y a lieu encore de citer les *formes frustes*, sur lesquelles l'école américaine a récemment insisté, susceptibles de ne se révéler que par une complication.

Ces phlébites peuvent, en effet, en se manifester, d'après O' Conner, que par des symptômes pulmonaires, parmi lesquels il faut placer au premier plan l'embolie ; par des frissonnements avec élévation de la température ou encore par des phénomènes douloureux n'ayant en apparence aucun lien avec une altération phlébitique.

Parmi ces derniers, l'auteur américain cite le « tender toes » ou « douleur des orteils ».

Enfin, dans certains cas, et nous en rapportons une observation probante, la phlébite peut simuler un syndrome douloureux abdominal.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Armstrong. — Case of typhoid fever complicated by a thrombophlebitis of the lang saphenous vein, a severe hemorragie from the bowel infection of the clat urth recovery (J. am. m. ars Chicago XXXVIII, 1902).

Arnaudet. — Trois cas de phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde (Normandie médicale, 1890).

Arnold. — Comment on doit traiter une phlébite (Revue Internationale de médecine et chirurgie 25 septembre 1904).

Arthus. — Recherche sur la coagulation du sang (Thèse de Faculté des Sciences Paris, 1790).

Auclair. — Recherche sur les poisons microbiens (Archives Médecine expérimentales, nov. 1903).

Aumont. — Étude clinique de la pathogénie des pblébites infectieuses (Thèse de Bordeaux, 1895).

Babonneix et Verdoux. — Gazette des hôpitaux, 19 déc. 1911.

Baumgarten — Les nouvelles théories de la thrombose (Berl. Klin. Woschen, 14 juin 1886).

Benjamin Ball. — Des embolies pulmonaires (Thèse d'agrégation, 1862).

Bessière. — Étude sur quelques cas de fièvre typhoïde anormale ou compliquée. Thèse de Paris, 1899.

Bethe. — Die complicationen des abdominal typhus. Thèse de Berlin, 1870.

Bouchut. — Mémoire sur la phlegmatia alba dolens (Gazette médicale de Paris, 1844).

Bouillaud. — De l'oblitération veineuse et de son influence sur la formation des hydropisies partielles ; considérations sur les hydropisies passives en général (Arch. gén. de méd. t. II. 1823).
Deuxième mémoire (*idem*, t. IV, 1824).

Brésard. — Du rôle de la diathèse veineuse dans les manifestations phlébitiques de la fièvre typhoïde.

Brouardel et Gilbert. — Traité de méd. et de thérap., p. 591.

Brouardel et Thoinot. — Fièvre typhoïde, t. III, p. 72, 1909.

Bru. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Montpellier, 1904.

Bucquoy. — Thèse d'agrégation, 1863, p. 35. Paris.

Carnot. — Les Complications tardives de la fièvre typhoïde (Rev. int. de Méd. et Chir., 1906).

Cazauvieilh. — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1884.

Chomel. — Leçons de Clin. med., t. I, 1837. p. 53.

Chouppe. — Deux cas de phlegmatia alba dolens à la suite de fièvre typhoïde (Soc. de Biologie. Séance du 4 mars 1877).

Collin. — Recueil de mém. de méd. militaire, 1873.

Conner (L.). — Pulmonary symptoms of premonitory signs of venous thrombosis (Med. Rev. New-York, 29 april 1911).

Cornil et Babès. — Les Bactéries, 1886.

Cornil. — Bulletin de la Société anatomique, 10 déc. 1884.

Courtois-Suffit et Beaufumé. — Phlébite typhique à début ganglionnaire (Gaz. des Hôp., février 1905).

Croix-Marie. — Contribution à l'étude des phlébites, leur traitement par la mobilisation précoce, Thèse de Paris, 1901.

Da Costa (trad. française) — Un cas de phlébite et de périos-

tite, suite de fièvre typhoïde (Journal américain. méd. assoc., 21 déc. 1896).

— An usual Percentage of cases of Milk leg following typhoid fever (Internat. med. Mag., 1899).

Dagron. — De la mobilisation précoce dans la phlébite. Thèse de Paris, 1900.

D'Albuquerque-Cavalcanti. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1883.

Dally. — A case of post typh. venous thromboss West London (M. J. London, 1906, XI).

De Brun. — De la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1884.

Dehu. — Étude sur le rôle du bacille d'Éberth dans les complications de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1893.

De Luna. — Considerazioni su di un caso di fibra tifoïda grava complicata a phlegmatia alba dolens (Guarigione suppl. al. poliélini. Roma, 1900).

Dieulafoy. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Dumontpallier. — Des Coagulations intra-veineuse dans le cours de la fièvre typhoïde (Soc. de Biologie séance du 27 janvier 1877).

Dunin. — Sur la cause des suppurations et des thromboses veineuses dans le cours de la fièvre typhoïde (Deutsch Arch. fur. clin. med. B. XXXIX, 1886).

Duret. — Phlébite dans la fièvre typhoïde. Ligature de la veine ilio-fémorale. Guérison (Journal des Sciences médicales de Lille, 1906, n° 49).

Favre. — Quelques considérations sur la pathogénie des phlébites et en particulier de la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1909.

Faucheux. — Le Rôle de la rétention chlorurée dans la pathogénie et l'évolution des phlébites. Thèse de Paris, 1905.

Foster. — Thrombose des deux veines fémorales, abcès du poumon et de la rate (Brit. med. J., 18 mai 1895).

Galliard et Baufle. — Commuuication à la Société médicale des Hôpitaux, 24 mars 1911.

Gallois. — Des Formes frustes de la phlébite (Bulletin médical, 5 juin 1898).

Gigon (d'Angoulême). — Union médicale, 1861.

Girardot. — De la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1893.

Girode. — Fièvre typhoïde. Thrombose des deux iliaques, thrombose méningo-cérébrale (Soc. anat. Paris, 1893).

Goodrich. — The causes of femoral phlebitis (Brooklyn M. J. 1905, t, XIX).

Gouget (A). — Les Formes frustes de la phlébite typhoïdique (Presse médicale, n° 8, 1913).

Gremeaux. — Des hyperesthésies douloureuses des extrémités dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1907.

Guéneau de Mussy. — Clin. med., 1884, t. III, p. 212 et 234.

Guny. — La Douleur des orteils dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1900-1901.

Haushalter. — Mercredi médical, 1893 (Rev. med de l'Est, n° 17, 1893).

Hayem. — Gazette des Hôpitaux, 27 juin 1895.

Hie. — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1877.

Hutinel. — La Convalescence et les rechutes dans la fièvre typhoïde. Thèse d'agrégation, 1883.

Klippel. — Des Altérations des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques ; la phlegmatia alba dolens et l'œdème expérimental (Archives générales de Médecine, juillet, août 1889).

Labaste. — Complications de la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon, 1893.

Lassègue. — Exposé des théories du professeur Wirchow. Thrombose et embolie (Arch. gén. de Méd, 1857).

Lannois. — Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde (Rev. de Méd., nov. 1895).

Lépine et Lyonnet. — Phlegmatia alba dolens consécutive aux injections intra-veineuses de toxines typhiques (Lyon médical, 8 août 1897).

Leroux (Charles). — Bull. de la Soc. anat.

Letulle. — Anat. path., 1896.

— De l'hydarthrose dans la phlegmatia alba dolens (Bull. Société clin., 1878).

Lévêque. — Des complications dans la convalescence de la typhoïde. Thèse de Paris, 1881.

Leudet. — Recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde (Arch. gén. de Méd., 1858).

Levrat (J.). — Des Embolies d'origine traumatique. Thèse de concours. Paris, 1880, p. 118.

Mahler. — Thrombose lungenembolie und plœtzlicher Tod. Arbeit a. d. Kœnigl. Frauenklinik in Dresden, 1895.

Martineau. — Sur un cas de phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde (Gazette hebdomadaire, 1875).

Ménard et Brodin. — Les Vaisseaux dans la fièvre typhoïde (Gaz. des Hôp., 12 nov. 1910).

Morellet, — Contribution à l'étude de la phlébite typhique. Thèse de Paris, 1908.

Morrachini. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Montpellier, 1897.

Mulat. — Typhoïde dans les hôpitaux d'enfants. Thèse de Lyon, 1905.

Murchinson. — De la fièvre typhoïde, 1878.

Muxart. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Montpellier, 1899.

Mya. — Revue générale italienne de Clinique médicale, 31 mai 1890.

Osler. — Studies in typhoïd fever Johns Hopkins hosp. p. 458 and sec.

Picarougue. — Contribution à l'étude de l'embolie et de l'infection pulmonaire au cours de la fièvre typhoïde Thèse de Paris 1902.

Pijos. — Phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris 1882.

Renou. — Complications rares : pyléphlébite dans la typhoïde. Thèse de Paris, 1901.

Richardson. — Thrombose marastique des veines intra-craniennes dans la typhoïde (Journ. off. new dis, juillet 1897).

Sajot. — Contribution à l'étude de la phlébite des veines saphènes et leurs branches. Thèse de Paris 1902.

Sanarelli. — Étude sur la fièvre typhoïde expérimentale (Annales de l'Institut Pasteur 1892).

Sorbets (Léon). — Phlegmatia alba dolens survenant dans 2 cas de fièvre typhoïde (Gaz. des Hôp, 1861, p. 447).

Suberth. — Gangrène typhique. Thèse de Paris, 1899.

Thayer. — An analysis of 42 cases of venous thrombosis occuring in the course of typhoïd fever (Med news 1904, LXXXV, 637).

Troisier. — De la phlegmatia alba dolens. Thèse d'agrégation, 1880.

Trousseau. — Bulletin thérapeutique, 1846.

— (Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1846. Tome I, p. 363).

Vaquez. — Pathogénie des thromboses, 1890.

— Soc. de Biologie, déc. 1891.

— (Gaz. hebd. de med et de Chir), août 1892.

— Leçons clin. et Mém. de la clin. méd. de la Charité, 1894, p. 75.

— Soc. méd. des Hôp., 16 nov. 1900.

Vaquez. — Art. Phlébite. Traité de Médecine, Debove et Achard, 2e édit.

Veillard. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1881, n° 57, 14 avril.

Vincent. — Bactériologie des phlébites dans la fièvre typhoïde (Comm. au Congrès de Bordeaux, 1895. Sem. méd., 21 mars 1885).

Werner. — De la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1860.

Widal. — Phlébite de la veine spermatique chez un typhique (France méd., 1877).

Wirchow. — Gesammelte abhandlung zur Wissench (Med. Frankfurt, 1857).

Wright and Knapp. — A note an the causation treatment of thrombosis occuring in connexion with typh. fever (Lancet, 6 déc. 1902).

Zurhelle. — Thrombose und embolie nach Ginakologischen operationen (Arch. f. ginack, 1907, t. XXXIV, 443).

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, Rue Racine. Paris — 2855-15